

# A KÖZÖSSÉGI EGÉSZSÉGÉLMÉNY-MODELL ÉRTÉKTEREMTÉS EGYÉNKÖZPONTÚ EGÉSZSÉGCÉLÚ TRANZAKCIÓS HÁLÓBAN

A hálózatos társadalom az élet minden területén új lehetőségeket kínál az értékteremtésre az internet által is szorosan összekötött egyének és szervezetek számára. Az egészség-ökoszisztéma szereplői és érintettjei valószínű nyertesei ennek a hálózatosodásnak az egyre gyarapodó tudásunknak köszönhetően, amely az egészségérték csapatmunkában és együttműködéssel történő megteremtéséhez kötődik.

A szerző munkájában az egészségértéket megteremtő hálózat tranzakcióinak sajátosságaira összpontosított. Először elemezte az egészséget megteremtő hálózatokra jellemző tranzakciókat, majd leírta a hatékony egyénközpontú egészségérték-teremtő hálózatokra javasolt működési struktúrát, a közösségi egészségélmény-modellt. Az elvégzett munka második szakaszában a rendszerdesignt tesztelte valós életbeli körülmények között. Jelen dolgozatában a 2-es típusú cukorbetegség kezelése során elért eredményeket mutatja be.

A hálózatos együttműködések alapuló szolgáltatásstruktúra eredményeként a 2-es típusú diabéteszsel kezelt páciensek 33%-ának javult a cukorháztartása a vizsgálat három hónapos követési ideje alatt. A két kiemelten vizsgált egészségélmény-mutató, az önértékeléssel mért egészségműveltség tízfokozatú skálán 8,12-ről 8,31-re nőtt, míg az önértékeléssel mért állapotspecifikus önmenedzsment-képesség 7,87-ről 8,15-ra. A kísérlet eredményei alapján felállított egészség-gazdaságtani modell becslései szerint a 2-es típusú cukorbetegségre vonatkozó kezelési struktúra országos bevezetését követő öt év elteltével mintegy évi húszmilliárd forint ráfordítást lehet átcsoportosítani a fekvőbeteg-ellátásról az alapszintű ellátásokra.

Az eredmények alapján a közösségi egészségélmény-modell ígéretes megközelítést nyújt a hatékonyabb és hatásosabb egészségügyi szolgáltatások és együttműködő hálózatok megtervezéséhez.<sup>1</sup>

**Kulcsszavak:** értékalapú egészségügy, egyénközpontúság, kokreáció, egészségélmény

A gazdasági berendezkedés fókuszja ma a személyes élmény, amely a közösségek szintjén a kapcsolatok révén valósul meg, a korábbi korokra jellemző termelés, majd a szolgáltatások időszeke után (Pine, 2011). Ez az értékek cseréjéről alkotott gondolkodásunkat is alapvetően változtatta meg. Philip Kotler többek között arra hívja fel a figyelmet Achrollal együtt (Achrol, 2012), hogy az új társadalmi berendezkedésben teljesen másképp kell gondolkodnunk a marketingről, azaz az értékek cseréjéről. Az egyén szintjén az élmény (experience) a csere célja, a közösségek szintjén a kapcsolatok (relationship) válnak meghatározóvá és a csere fő mozgatórugójává, míg a globalizálódó társadalom legnagyobb feladata az egyéni és közösségi felelősség szempontjainak meghatározása az új társadalmi keretek között (responsibility). Ez utóbbi erősödő elvárás fényében érthetővé válik számos, a kiszorító versenygyakorlatot képviselő nagy szervezet és márka trendszerű hitelességválsága (Andreopoulos, 2011).

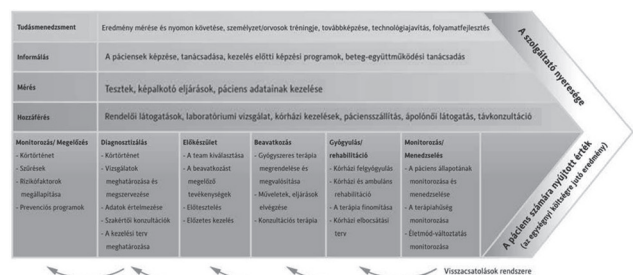
## Egészség és élmény

### Az egészségtrend

Az egészség vált társadalmunk és gazdaságunk egyik legfontosabb hajtóerejévé (Nefiodow, 2006), és becslések szerint az évszázad végére a megtermelt javaink legalább fele egészséghez kapcsolódó lesz (Congress of the United

States, 2007). Ahogy az orvostudomány egyre sikeresebben harcol a betegségek legyőzéséért (Global Burden of Disease Study, 2015), az életkilátások számos országban olyan magas szintre értek, hogy néhány tudós az emberi élet hosszának maximumát is meghatározni véli (Dong, 2016). Az utóbbi évtizedekben jelentősen megnőtt átlagos élettartam a fejlett országokban az életminőség és az egészségben eltöltött életevek felé terelte a figyelmet. A fókusz a betegségek gyógyításáról az egészség fenntartása felé fordul (Atun, 2015).

1. ábra  
Az egészségügygazdálkodási értéklánc M. E. Porter nyomán (Simon, 2010)



<sup>1</sup> A kutatás az Európai Unió Európai Strukturális és Beruházási Alap, valamint Magyarország Kormánya által finanszírozott Társadalmi Megújulás Operatív Program támogatásával valósult meg. Köszönetemet fejezem ki a kutatás megvalósításában közeli munkatársaimként részt vett Baticz Orsolyának, Csépe Andreának, John Emesének, Sümegi Andrásnak és Szolyák Tamásnak.

Ezzel a folyamattal párhuzamosan az egészségügy és az egészségügyi szolgáltatások rendszere is átalakuláson megy át, amelynek lényege, hogy orvostudomány- és orvosközpontúság helyett egyénközpontúvá válik (Christopherson, 2010). Noha az orvostudományi megfontolások nyomán a páciensközpontú egészségügy részletes módszertanát már több, mint húsz éve leírták (Gerteis, 1993), ennek ellenére a mindennapos megvalósítást támogató intézményi és szervezeti keretrendszer sokáig nem született meg. Az egészségügyértéklánc – Care Delivery Value Chain – (Porter, 2006) megszületése indította el az egészségügy jelentős megváltoztatásának kaszkádját. (1. ábra)

### Az egészségügy új szemlélete

Az értéklánc-modell kiterjeszti a gondolkodást és a látókört a beavatkozásokról az egészségügyi érték megteremtésének teljes folyamatára, amelynek alapja az egészség fenntartása és az egészség menedzselése. Más megközelítésben az orvosi problémamegoldás helyett a kezelési folyamat teljességének megvalósítása kerül előtérbe. Mindennek az is következménye, hogy az egészségügyi szolgáltatások egészségértékláncba történő integrálása hosszabb időtáv alatt megvalósuló jól meghatározott folyamatokként írható le, amely a kiterjedt csapatmunka szükségességét is magával vonja.

Ennek eredményeként új szereplők jelennek meg az egészségügyi csoportmunkában, mint pl. a páciensnavigátor, aki a páciens végigkíséri a kezelési folyamatban a különböző szolgáltatókkal és szakemberekkel való találkozásai során, az egészségcoach, aki a páciens saját teendőinek megvalósításában nyújt ösztönzést, segítséget és útmutatást, a kórházi tanácsadó, aki a kezeléshez kapcsolódó ismereteket és teendőket dolgozza fel vele együtt, a páciensélmény igazgató, aki az intézményben a páciensek pozitív tapasztalatait biztosító folyamatokért felel, az ellátási koordinátor, aki a kezeléseket során együttműködő szakemberek tevékenységének összehangolásáért és megfelelő együttműködésükért felel, valamint az orvosmentor, aki az eredményes orvosi csapatmunka szakmai megvalósulását felügyeli (Healthcare Intelligence Network, 2013). Egy közelmúltbeli elemzés szerint „azok a szervezetek, amelyek stratégiájukat az értékcentrikus szolgáltatás felé mozdítják el, általában néhány közös előnyös sajátossággal rendelkeznek: pénzügyileg stabilak, a páciensek pozitívan értékelik kapcsolatukat az orvosokkal, fejlett informatikai rendszereket működtetnek és (gyakran) egészségtervet alkalmaznak” (Kaiser, 2015). Az értéklánc megközelítés a páciensek érdekét, a kényelmet, a teljesítményt, a hozzájárulást, a megértést és a nyugalom helyébe a szolgáltatási folyamat középpontjába az orvosi szempontok szerint megtervezett és technológiailag irányított „funkciókorrekciós” lépések helyett. Habár a teljes mértékű egyénközpontúság mint meghatározó egészségügyi rendszerismérv ma még nagyon ritka világszerte, egyre több bizonyítékunk van arra, hogy a mérhető eredmények szerint az értéklánc megközelítés kimutathatóan sikeres (Åkerman, 2015). Az újratervezett szolgáltatási (ellátási) folyamatok néhány kórházban és klinikán lehetővé tették az egészségügyi csapatok számára, hogy jelentősen csök-

kentsék a beavatkozás-specifikus halálozást és az állapot-specifikus egészségkárosodásokat.

Az egészségügyi szolgáltatások értéklánc megközelítése a rendszer szintjén is fontos hatással bír. A folyamat egészségügyi szolgáltatás bármely betegség esetén rendkívül összetett folyamat, amely sokféle olyan aktivitást tartalmaz, amelyeket általában jelentősen különböző piaci és állami szereplők valósítanak meg. Az értéklánc logikáját követve a folyamatos egészségügyi szolgáltatáshoz hozzájáruló minden egyes aktivitási elem organikus módon kapcsolódik mind a megelőző, mind a következő aktivitási folyamatlemezhez, az erőforrások megfelelő elosztásával arányosan hozzájárulva a teljes értékteremtéshez. Az egymással kapcsolatban lévő aktorok egyaránt versengenek a teljes kezelési, gondozási folyamatra allokált, de korlátos erőforrásokért, és együtt is működnek a folyamat eredményeként létrejövő érték megteremtése érdekében. A kettő együttese, a *coopetition* (Brandenburger, 1996; Bengtsson, 2000) mint organikus rendszerbeli hálózati viselkedés, szükséges az értékteremtéshez hozzájáruló partnerek részéről. Az értékláncszemlélet a megfelelő folyamatindikátorokat és eredményindikátorokat az ezekhez illeszkedő ösztönzőkkel együtt alkalmazva alkalmas arra, hogy az egészségügyi folyamat szereplőinek viselkedését irányítsa abban, hogy mikor szükséges az erőforrásokat az együttműködés érdekében felhasználni, és mikor válik lehetővé a több forrásért folyó versengés. Jó példa az értéklánc gondolkodásmód által ösztönzött gyarapodó *coopetition* gyakorlatra a diagnosztika és a beavatkozások közötti növekvő számú együttműködés, amely különösen a személyre szabott orvoslás területén hoz jelentős minőségi változást. Az ezeket a finanszírozási eszközöket alkalmazó országokban a csomagfinanszírozás és a kombinált eredménymérések arra kényszerítették a piaci szereplőket, hogy erőforrásokat csoportosítsanak át a diagnosztika területére, diagnosztikus kaszkádokat alkalmazó módszertanokat dolgozzanak ki és a beavatkozások előrejelezhető eredményére összpontosítsanak (Jakka, 2013; Phillips, 2014).

A teljes egészségügyet felölelő valamennyi szolgáltatási folyamat összessége, az azok megvalósítását szolgáló minden egyes tevékenységgel, valamint az ezeket megvalósító aktorokkal és a hozzárendelt erőforrásokkal együtt alkotja a szolgáltatási ökoszisztémát, amely dinamikusan változó és fejlődő rendszert alkot (Vargo, 2011). Ez az egészségügyi ökoszisztéma négy együttműködési szintre tagolható a szolgáltatási ökoszisztéma logikája szerint (Frow, 2016), amely jól megfeleltethető a teljes rendszert átfogó páciensközpontú fejlesztésekhez útmutatást adó Health in All Policies – Egészség minden szakpolitikában (WHO, 2012) szemléletnek.

### Az egészség-ökoszisztéma

A szolgáltatási folyamatok újragondolása mellett az egyéni egészségről alkotott tudásunk is változott az elmúlt években. A személyes egészségre úgy érdemes tekintelnünk, hogy az az egyén állandó mindennapos tevékenységének eredménye. Az egészséghez erőfeszítésre van szükség, és az egyénnek ehhez energiára van szüksége (GfK,

2011). Két meghatározó személyes energiaforrás van a kutatások alapján, a szociális háló intenzív személyközi kapcsolatokkal (Reblin, 2008) és a spiritualitás (Puchalski, 2001). Az egészség fenntartása érdekében az egyének különböző kompetenciákra van szüksége, (a) azokra, amelyeket megtanul és képes alkalmazni, és amelyeket egészségműveltségként vagy egészségértésként szoktunk összefoglalni (Sørensen, 2013), (b) azokra, amelyeket termékek és szolgáltatások formájában megvásárol vagy amelyekben páciensként részesül, és (c) azokra, amelyekhez különböző pénznélküli tranzakciók révén jut, leggyakrabban a közösségi médián keresztül. A fenti kompetenciák és tranzakciók teljes konglomerátuma alkotja az egészség-ökoszisztémát (Forget, 2001). Ezek alapján az egészségügyi ökoszisztéma és azon belül a közfinanszírozott egészségügy része a teljes egészség-ökoszisztémából a közfinanszírozott egészségügy értékbeli részesedése 37% és 61% között van (Ortiz–Ospina, 2016).

### Az egészségélmény

Abban az emberközpontú társadalomban, amelyben az élmények és a kapcsolatok az értékteremtés letéteményesei, az egészség is másképp jelenik meg számunkra.

Az egészség elsősorban az egészségélmény, speciális esetben a gyógyulási élmény személyes megélése révén válik személyes értékévé (Lantos, 2006). Azáltal, hogy társadalmunkra az egyéni értékek szintjén a megélt élmények váltak meghatározóvá, az egészség sokkal inkább a személyesen megélt jólléttel – egészségélménnyel – azonosítható, mint kiválasztott humán szervezeti funkciók meghatározott mérőszámok szerinti működésével.

A korábban leírtak szerint az egészséget jelentő személyes egészségélmény tartós megélése érdekében folyamatos erőfeszítéseket kell tennünk, és ennek támogatására sokféle kompetenciával kerülünk kapcsolatba, amik egy részét igénybe is vesszük. A kompetencia itt egy gyártónál vagy szolgáltatónál meglévő azon specializált képességek és tudások összessége, amelyek alkalmazása képezi a csere alapegységét (Vargo, 2004). Minden olyan kompetencia – termék és szolgáltatás, ami támogatja a személyes egészségélmény érdekében tett erőfeszítést, érdemes a cserére, és ugyanakkor az egyén mindent elkerül, ami nem támogatja, sőt éppen növeli az erőfeszítéseit. A tartós értékteremtéshez szükséges jó kapcsolat alapja ezért a személyes „egészség-erőfeszítések” támogatása, a törődés, a figyelem, a gondoskodás (Lantos, 2014).

Joggal mondhatjuk, hogy az egészség közösségi tevékenység eredménye is. Egyrészt azért, mert a közösség által létrehozott tudás mindig nagyobb lehet, mint az egyéni, másrészt a közösség egészséget támogató ereje miatt.

Az értékcsere-logikát követve egy termék vagy szolgáltatás lehetőséget nyújt az egyénnek arra, hogy a csere nyomán megvalósuló használat révén egészséget teremtsen. A csere alapja itt is a tudás és a kompetencia, aminek hasznosulási módja az „egészség-koprodukción”, az ágazati források szóhasználata szerint az egészség-kokreáció vagy egészség-együttalkotás (The Health Foundation, 2008). Az egészségügyi szolgáltatások és a hagyományos

szervezeti felépítésben működő egészségügyi ellátórendszer is az ügyfél páciens közreműködésével tudja megteremteni az egészségértéket.

Betegek körében végzett kutatásokból tudjuk (GfK Roper, 2008; GfK Healthcare, 2011), hogy az egészség megteremtése, az egészség-kokreáció során számos megoldást igénybe vesznek, nagyon széles körből választva azokat a kompetenciákat, amelyek a gyógyulási és/vagy egészségélményhez hozzájárulnak. Mindebben rendszerint egyetlen szereplő az egészségügyi ellátás, sokszor nem is a legfontosabb. Amennyiben figyelembe vesszük, hogy az egészségügy mennyire képes egészségélményt nyújtani, és mennyit tud ma tenni a támogató kapcsolat érdekében, akkor megértjük jelentőségének és igénybevételenek fokozatos háttérbe szorulását az egészség-ökoszisztémán belül (GfK Hungária, 2010-13; GfK, 2011, 2012).

Az egyén a rá jellemző egyéni egészségviselkedése szerint használ saját kompetenciakészletet és valósít meg ezeknek megfelelő tranzakciókat. Minél több kompetenciát alkalmaz az egyén a számára megfelelő módon, annál több egészséget tud saját magának megteremteni és eredményképpen annál egészségesebb. Az egészséges életet közgazdasági jelenségként vizsgálva azt mondhatjuk, hogy az egy élethosszig tartó kompetencia-tranzakció tevékenységfolyamat, az aktivitások olyan sorozata, amely élethosszig tartó tanulással párosul (Coleman, 2017). A kompetenciahasználatról szóló egyéni döntések az egyén saját egészségélményeinek következményeként születnek meg. Ezek az egészségélmények lehetnek olyanok, amelyek a kompetencia használata közben jelentkeznek, és olyanok, amelyeket a kompetenciahasználat eredménye vált ki. Az egészség-szolgáltatások egyénközpontú szemlélete szerint az egyéni személyes egészségérték az orvostudományi teljesítmény és az egyéni egészségélmény kombinációja (Porter, 2010).

### Az egyénközpontú egészségügy

Bár az egészséggondozási értéklánc egyértelmű útmutatást ad az egészségügy átalakításához, a rendszer megváltoztatása számos akadályba ütközik, mivel az erős orvostudományos fókusz és a silőszemléletű intézményi struktúra (Glouberman, 2001a, b) meggátolja a teljes rendszert átható változtatásmenedzsmentet.

A menedzsmentbeli szervezeti változtatások legfontosabb eleme az orvosok szerepének megváltoztatása. Az egyéni hősökből csapattagokká kell, hogy váljanak és a kezelési folyamatok csoportmunkáinak vezetőivé (Gawande, 2010). Az egyik legfontosabb akadálya ennek az átalakulásnak az általános orvosi döntési gyakorlat, amely szerint azonnal komplex döntéseket hoznak. Ez azt is jelenti, hogy a döntések jelentős része a legmagasabb szakmai kompetenciaszinten születik meg, annak ellenére, hogy ezek jelentős része alacsonyabb kompetenciaszinten is eldönthető lenne.

A változtatás iránti elvárások nyomán néhány gazdasági szervezet a közgazdasági és egyéni igényeket megértve a saját kezébe vette az egészség menedzselését, és személyre szabott egészségügyi szolgáltatási rendszert dolgozott ki a leggyakrabban előforduló egészségproblémákra (McDonald, 2015).

Más sikeres kezdeményezések az alapellátás csapatmunkára alapozott közösségi megközelítésére összpontosítottak (NHS, 2015).

Az egészség kokreáció és koprodukciónak szemlélete ugyancsak lendületet adott az egyénközpontú egészségügyi szolgáltatások kifejlesztéséhez (The Health Foundation, 2008). A kokreációs gyakorlat tipizálása (Frow, 2016) gyakorlati útmutatóval szolgált a szolgáltatástervezés és a páciensközpontú szolgáltatásintegrációs törekvésekhez.

A páciensek és az emberek középpontba állítása és az egészségügy összehangolt megvalósítása szükségesség teszi egy egészségmenedzser vagy terápia menedzser szerep kialakítását és működtetését (TEREK, 2011). Ő biztosítja az „egészségfogyasztó” számára, hogy a rendelkezésre álló szolgáltatások, ellátások közül a számára legmegfelelőbbet választhassa, kaphassa meg. Az egészség-coach szerepében dolgozó egészségügyi alapképzettségű szakembernek támogatást kell nyújtania ügyfele számára az egészséges életvitel kialakításában, az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele során kialakuló döntési helyzetekben, valamint a pénzügyi lehetőségeinek legjobb kihasználásában (IBM, 2008). A különböző ellátások és szolgáltatások, népegészségügyi programok rendszerét páciensközpontú modellbe foglalva jól látszik, hogy segítség, támogatás nélkül a betegek, páciensek és egészségfogyasztók rendkívül nehéz helyzetben vannak, ha az egészségükről kell dönteniük, saját erőből nagyon kevesen tudják összeválogatni a számukra fontos és hasznos kompetenciák összességét és meghatározni ezek megfelelő egymás utániségét, időzítését, különösen az egészségügyi ellátás egyes beavatkozásaival összehangolva.

## A modellalkotás

A modellalkotás célja a közösségi alapú, egyénközpontú és az egészségélményeket menedzselő egészségtranzakciós háló kidolgozása volt, amely az egyénközpontú egészségügyi szolgáltatások rendszerének lehetséges formája, a közösség számára nagyobb értéket nyújtva.

### Az egészségtranzakciós háló elemzése

Elemeztem betegségek és kórállapotok kezelési folyamatait a kompetenciaspecifikus egészségtranzakciók szerint, kiemelt figyelmet szentelve a páciensek interakcióira és az orvosok és egészségügyi szakdolgozók tevékenységére.

Az elemzett tranzakciókat a Porter-féle egészségügyi szolgáltatási értékklánc-modell szerinti standardizált folyamatokba rendeztem.

### A tevékenységsorozatok leírása

Összesen 31 betegség és kórállapot kezelési folyamatát elemeztem a rendelkezésre álló orvostudományi bizonyítékok szerint, és leírtam az ezeknek megfelelő egészségügyi szolgáltatási értékklánc-algoritmusokat.

Minden betegség- és kórállapot-specifikus értékklánc elkülönülő tevékenységelemek hiánytalan folyamataként lett leírva. Ezek a tevékenységelemek váltak a betegség- és kórállapot-specifikus egészségtranzakciós háló alkotóelemeivé, amelyeket az Industrial Network Approach – üz-

leti hálózatok szemléletmódja (Håkansson, 1987) szerint írtam le. Mivel az egyes értékkláncok csak több egészségügyi szereplő és érintett, beleértve a pácienseket is, szoros együttműködésével valósítható meg, ez az Aktor – Forrás – Akció megközelítés megfelelő közgazdasági modellt biztosított az egészségérték-teremtő hálózatok elemzésére és részletes leírására. A modell szerint az aktorok erőforrások kontrollálásával és felhasználásával aktivitásokat valósítanak meg az erőforrások átalakítására vagy átvitelére (Håkansson, 1992). Két aktor közötti kapcsolatot a kötődés mértéke, az aktivitások kapcsolódása és az erőforrások összefüggése jellemez (Håkansson, 1995). A szerepek és interakcióik mátrixba foglalhatók (Soloheimo, 2008), amely a hálózat működési módját írja le.

Az üzleti hálózatok szemléletmódjának logikáját követve a betegség- és kórállapot-specifikus értékkláncokat tevékenységelemekre bontottam le, amelyek mindegyike jól meghatározható aktorok által, jól meghatározható erőforrások felhasználásával valósul meg. Ezeket a tevékenységelemeket az értékteremtő folyamat menedzsmentjének építőköveinek is tekinthetjük.

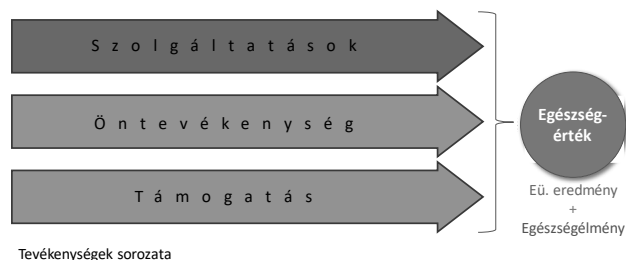
A tevékenységelemeket az aktorok szerepe szerint csoportosítottam, míg az aktorokat projektcsoportokba tettem folyamatbeli kapcsolataik és interakcióik szerint.

A tevékenységfolyamat szerinti aktor–erőforrás mátrix biztosította az alapját a komplex érintetti hálózat megszervezésének, amely kiszolgálja a specifikus egészségügyi szolgáltatási értékklánc folyamatait.

A hiánytalan tevékenységsorozat teljes mértékben lefedi a páciensek életének igényeit, három alfolyamatot tartalmazva, (1) az egészségügyi szolgáltatási tevékenységfolyamatot, (2) a páciens saját tevékenységfolyamatát és (3) a pácienseket támogató tevékenységfolyamatát, amely a páciens saját tevékenységét egészíti ki, amikor szükséges. (2. ábra)

2. ábra

### Az egyénközpontú egészségügyi szolgáltatási értékklánc a három egymást kiegészítő alfolyammal



Forrás: saját szerkesztés (2014)

### Az egyénközpontú egészségtranzakciós háló

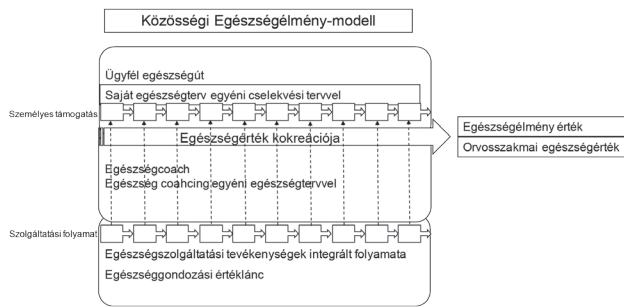
Egészségérték-teremtő lokális egészség-ökoszisztémákat terveztem meg, amelyek a Service Logic modell kokreációs szolgáltatási keretrendszerének (Grönroos, 2014) feleltethetők meg.

Az egyénközpontú közösségi tranzakciós hálóban hangsúlyos szerepet kaptak a használat által létrehozott érték (value-in-use) és a hálózatbeli tranzakciók.

Mivel a tranzakciós háló arra a páciensre összpontosít, aki a saját erőforrásait elsősorban a saját egészségélményeinek megfelelően mozgósítja (Doyle, 2013) és az értékteremtés a közösség jelentős erőforrásainak igénybevételeivel valósul meg, a fogalmi keretrendszernek a közösségi egészségélmény-modell nevet adtam. (3. ábra)

3. ábra

**A közösségi egészségélmény-modell mint az egyénközpontú egészségtranzakciós háló fogalmi keretrendszere**



Forrás: saját szerkesztés

A modell központi eleme, hogy az egyéni egészségérték növelésének eléréséhez az egyén saját erőfeszítései az elsődlegesek. Ehhez a motivációt, az energiát és a megerősítést a saját pozitív egészségélményei adják. Az egyén általi használatbeli értékteremtés megvalósításához szükséges kompetenciáknak három nagy köre van:

1. amelyeket megtanult és elsajátított az egészségműveltsége részeként,
2. amelyeket a szolgáltatói térből ügyfélként megkap,
3. amelyekhez pénznélküli csere révén jut, jellemzően online, tapasztalati szakértőktől.

Az egyének egészségmagatartása és attitűdje keretei között e kompetenciák alkalmazását a megélt egyéni egészségélmények pozitív vagy negatív mértéke alapvetően befolyásolja. Minél pozitívabb a megélt egészségélmény, annál inkább beépül az adott kompetencia az egyén mindennapi egészségtevékenységei közé.

Az egyéni egészségkompetencia-terek kapcsolódása és egymásra hatása révén hálózatos, kokreációs közösségi egészségterek jönnek létre. Optimális és hatékony működésüket akkor biztosítják, amennyiben a teljes kokreációs tér annak ügyféltér, közös tér és szolgáltatói tér elemeivel egységes kompetenciahalmazként tudnak működni. Ez az egységes kompetenciater teszi lehetővé, hogy az egyén által a használatbeli érték megteremtéséhez alkalmazott kompetenciák mindegyike az értéknövelés irányába hasson, részben egymást erősítve.

Ezek a kokreációs terek tipikus egészségérték-növelő értéklánc-szakaszokhoz kapcsolódnak. Pl. csonttritkulásban szenvedő nők első törése utáni törésmegelőző egészségmenedzsmentje.

Marketing szempontból a kiindulási és kívánt egészségérték közötti tevékenység sor az elérendő egész-

ségfeladat – „job-to-be-done”. A kiindulási egészségélmény része a kulcsélmény – pl. inzulinadagolás szúrásaival szembeni félelem és a táplálkozásbeli korlátozottság, aminek révén az egyén a feladatmegoldás igényét azonosítja be.

Az azonos, bizonyos esetekben hasonló kulcsélmény a hozzá kötődő megoldandó „egészségfeladat”-tal együtt határozza meg a közösségi egészségtervezéshez kapcsolódó egyének körét. Ezek az egészségterek egymással részben átfedésben lehetnek, illetve a résztvevők egészségértékének változásával dinamikusak, állandó mozgásban vannak. Pl. a cukorháztartás javulásával a félelem megszűnik, és a rendszeres fizikai aktivitás válik kulcsélménnyé, vagy ellenkező irányú változás esetén az inzulinadagolás és a szorosabb diéta szükségessége miatti korlátozottságérzés szorongást válthat ki. Így a korábban egy közösségi egészségtervben egymással tapasztalatot cserélő két ember két jelentősen eltérő közösségi egészségtervbe kerül.

Az ügyféltér és a szolgáltatói tér összehangolásában az egészségcoach játszik kulcsszerepet a közös térben működve egy új szakma képviselőjeként. Az egyéni egészségtervezés eszköztárát alkalmazva funkcionálisan projekttervet készít, amely meghatározza a szolgáltatói tér és az ügyféltér kapcsolódási pontjait, a két fél által megvalósítandó folyamatokat, valamint azokat a kokreációs eszközöket, amihez a szolgáltató hozzájárul, akár közvetlenül, pl. csoportos gyógytornával, akár közvetve, pl. a tapasztalcsere lehetővé tevő zárt online fórum biztosításával vagy tornaszoba ingyenes rendelkezésre bocsátásával.

Az egészségcoach feladatköre két korábban már alkalmazott egészségügyi tevékenység egyesítésével jött létre. A szolgáltatói tér felé elsősorban esetenként szerepet tölt be a megtervezett szolgáltatási terv szervezési támogatásával, az ügyféltér felé coach szerepet, amellyel az ügyfél önmenedzsmentjét segíti elő az egészségcéljainhoz vezető ügyfélútján.

Az egészségtervezés az egyének számára a tudatosság növelésében is szerepet játszik. Egészségtevékenységeiknek rögzített kiindulási pontja van és kitűzött célja, illetve céljai, minden közösen meghatározott időszakra.

A szolgáltatók számára elsősorban az egészségélmény-alapú visszajelzések és az általa befolyásolt orvosi eredmények ismerete révén megvalósul a kokreációs tanulási folyamata, ami az ügyfélközpontúság gyakorlati megvalósítását segíti elő.

Az egyéni egészségtervezésen alapuló egészségcoaching és a teljes kokreációs tér arra épülő szervezése a szolgáltatói tér oldaláról a pozitív egészségélmény fokozását valósítja meg, az ügyféltér oldaláról a szakmai alapot erősíti.

**Operatív intézkedések**

A modell működtetéséhez a teljes kokreációs tér, a közösségi egészségterek összességének megszervezése is szükséges, nem várható el az önszerveződő működés kialakulása.

A három kokreációs résztér szervezéséhez, illetve irányításához érdemes egy-egy vezetőt delegálni:

- a szolgáltatói tér vezetésére orvosi képzettséggel rendelkező szakmai vezetőt,
- a közösségi tér vezetésére tanácsadói vagy coach képzettséggel rendelkező vezető egészségcoachot,
- az ügyféltér kereteinek szervezésére és irányítására közösségi referenst.

Emellett a mérés, elemzés és tervezés megvalósítására, illetve támogatására közösségi egészségtervezőt, valamint a fenntarthatóság biztosítása és az egységes finanszírozási keretek megtartása érdekében gazdasági ügyvivőt kell alkalmazni.

### A mérés

A mérés és menedzsment alapja az egészséggondozási értéklánc szerinti kompozit egészségérték-indikátorok mérése, és ennek nyomán az egészségérték-változás követése mind a medikális indikátorok, mind az egészségélmény-indikátorok mentén. Az egyes cserék hatását külön vizsgáljuk a medikális indikátorokra és külön az egészségélmény-indikátorokra.

A kokreációs közösségi egészségtér kompetenciáinak magas szintű hasznosulása érdekében folyamatos visszajelzésre van szükség a használatbeli értékteremtés mértékéről. A medikális és egészségélmény-mutatók együttes alkalmazása biztosítja, hogy a modell egyesíti az orvostudományi szempontok szerint szervezett szolgáltatói tér és az egyéni észlelések – személyes egészségélmények által vezérelt ügyféltér kompetenciáit. A két mutatót a teljes kokreációs tér működése esetén tudjuk alkalmazni. Amennyiben csak a szolgáltatói tér vesz részt az egészségérték-teremtésben, pl. mélyaltatásban megvalósított műtét során, csak a medikális mutató alkalmazása indokolt, míg a kizárólag ügyféltérben megvalósított egészségérték-teremtés, pl. baráti tanácsra elkezdett hétvégi túrázás esetében az egészségélmény-mutató használata lehetséges.

Az egységes mérési és menedzsment-keretrendszer biztosítja, hogy az egészségügyi szolgáltatói tér a töredezett és merev folyamatok szerinti szabályozottsága helyett szakmai csoportmunkában megvalósuló hálózatos és rugalmas egyénközpontú interakciókat nyújtson az ügyfelei számára. Az ügyféltérben a mérési és menedzsment-keretrendszer az interakciókhoz kötött eredmény-visszajelzések révén az eddigieknél pontosabb útmutatást ad az egyéneknek a kompetenciatranzakciók hatásáról, amelyek nyomán választásaik az orvosszakmai szempontokat is nagyobb mértékben veszik figyelembe.

### A tesztpiaci kísérlet

A modell megvalósítására alkalmas közösségi egészség-szolgáltatásokat hoztam létre.

1. Meghatároztam az állapotnak megfelelő 'job-to-be-done' típusú igényt, amely az ügyfelek élményalapú célja és megalapozza a kokreatív platformot.
2. Az állapotspecifikus lakóhelyközeli közös tér, szolgáltatói tér és ügyféltér meghatározása következett, benne a szolgáltatócsapat tagjaival, a hasonló állá-

potú ügyfelekkel és a használatbeli érték megteremtésének támogatóival.

3. Az egészségcoach és a közösségi egészségsszervezők integrációjával új erőforrásokat integráltam a meglévő egészségügyi erőforrások rendszerébe, a meglévő tudásokat és készségeket kiterjedten alkalmazva.
4. Az egészségcoaching ülései támogatták a kumulatív értékteremtési folyamatot.
5. A coaching ülések során az észlelt érték növelése érdekében a pozitív ügyfélményeket megerősítettük.
6. A közösségi egészségsszervezők elősegítették a használatbeli érték megteremtését a lakóhelyközeli kokreációs terek megtervezett aktivitásainak szervezésével.
7. Létrehoztam és alkalmaztam az online kokreatív platformokat, valamint kialakítottam és megszerveztem a kokreatív moderált állapotspecifikus csoportfoglalkozásokat.
8. Ösztönöztem az ügyfelek független kokreációs aktivitásait.
9. Az egészségcoaching bevezetésével új erőforrás biztosítottam az ügyfelek mindennapos gyakorlatának támogatására.
10. Az egészségcoachok és a közösségi egészségsszervezők elősegítették az egészségügyi szolgáltatók bevonását az ügyfelek egészségértéket teremtő folyamatába.
11. A kibővített szolgáltatói csapat összehangolt és célorientált tevékenységével megerősítettem a kokreatív platformot, képessé téve arra, hogy aktív és direkt módon befolyásolja az ügyfelek értékteremtését.

Az összesen hét témában – (1) egészségesek egyéni egészségtervezése, (2) csontritkulásban esésmegelőzés, (3) általános iskolások kardiovaszkuláris rizikófelmérése, (4) COPD-ben dohányzás abbahagyás és mozgásprogram, (5) 2-es típusú cukorbetegség gondozása, (6) emlő önvizsgálat, illetve vastagbélrák szűrése, valamint (7) stroke utáni komplex rehabilitáció – megvalósított tesztpiaci kísérlet eredményei közül jelen tanulmányban a 2-es típusú cukorbetegség gondozása program eredményeit mutatom be. Az egyénközpontú, értékalapú egészségügy jelentős előrelépést jelent ezen a területen, a nemzetközi tapasztalatok szerint számos pozitív eredménye van az integrált gondozási megközelítésnek.

### A szolgáltatásintegráció

Meghatároztam a 2-es típusú cukorbetegség integrált gondozási értékláncának tevékenységeleit az ezek elvégzéséhez szükséges kompetenciák tranzakcióiként, valamint a tevékenységelemekhez rendelt aktorokat és erőforrás-kompetenciákat a páciensközpontú folyamat leírása révén a szükséges döntési pontokkal és tevékenységidőzítéssel.

A tesztpiaci kísérlethez az étrendi változtatást választottam beavatkozási pontnak. Dietetikus konzultációra volt lehetősége a pácienseknek, egészségcoach-csal követhették a változtatások eredményességét és a [www.kaloriabazis.hu](http://www.kaloriabazis.hu) online étrendi tervező és tanácsadó oldalt használhatták.

## Az egyéni egészségtervezés

Az egészségcoaching megvalósítása egyéni egészségtervezéssel kezdődött, amelynek eredményeként egyéni tevékenységsorozatot írt le a páciens az egészségcoach támogatásával. Ez harmonizálja az egyéni igényeket, szándékat és a hozzáférést a medikális szempontok szerint kialakított tevékenységelemekkel.

A használatbeli érték koncepcióját megerősítette a páciens a saját felelősségi körébe tartozó tevékenységek meghatározásával.

## A közösségi egészségszervezés

A szolgáltatók támogatása közösségi egészségszervező csoportok révén valósult meg. Az ő feladatuk volt a kapacitástervezés, a hozzáférés megszervezése, az egészségcoachok szupervíziója, a tapasztalattmegosztási megoldások működtetése és a jelentések, beszámolók elkészítése.

## Minta és időtartam

N=20 járáskonglomerátumban, illetve kerületben Magyarországon  
 N=91 háziorvos  
 N=70 dietetikus  
 N=105 egészségcoach  
 N=2226 páciens  
 A követési idő 3 hónap volt 2015. július 1. és október 31. között.

## A mérés

A cukorháztartást a háziorvosok által kezdeményezett vérvizsgálat keretén belül megvalósított HbA1c érték meghatározásával mértük. A HbA1c a hemoglobin egy olyan formája, melyben a hemoglobinhoz glükóz (cukor) kötődik. A glükózzal kötésben lévő (glikozilált) hemoglobin aránya a teljes hemoglobinhoz képest százalékban kifejezve a cukorbetegség kezelésének egyik fontos laborparamétere. Segítségével megállapítható, hogy milyen volt a beteg átlagos vércukorszintje az elmúlt három hónapban.

A GfK piackutató módszertana szerint mértük az egészségélményt, az ügyfélményt, valamint a használói élményt, a gyógyítóélményt saját fejlesztésű kérdőívvel (Lantos, 1996), valamennyit standard kérdőívvel online megkérdezéssel.

Az adatok elemzését IBM SPSS Statistics 24 on Macintosh programmal valósítottam meg, az átlagok és gyakoriságok meghatározása mellett ANOVA elemzést alkalmazva.

## Az eredmények

### Medikális

A cukorháztartás a páciensek 33%-ánál javulást mutatott, náluk a HbA1c átlagos értéke a kezdeti 8,6%-ról 8,1%-ra csökkent, amely még így is a nagyobb kockázatot mutató határérték felett volt. A jelen kísérletben a rendelkezésre álló igen rövid idő alatt az a tény, hogy a páciensek harmada esetében sikerült a cukorháztartást pozitív irányba elmozdítani, a megközelítés várható eredményességére jó jelzést mutat.

Az OEP adatbázisából nyert adatok nyomán felállított és a kísérlet eredményeivel kiegészített egészség-gazdaságtani modell (Bacsikai, 2015) becslései alapján amennyiben a tesztelt egészségszervezési modellt országos hatókörrel bevezetik, a bevezetést követő ötödik év után mai áron számítva kerekítve húszmilliárd forint ráfordítást lehet átcsoportosítani a fekvőbeteg-ellátásról a kiterjesztett alapellátásra a 2-es típusú cukorbetegség kezelésében, jelentősen növelve az egészségügyi rendszer hatékonyságát és eredményességét. A hatékonyságnövelés három kulcseleme az elemzés szerint: (1) a háziorvos irányításával és számos szakember – pl. dietetikus, pszichológus – bevonásával zajló szakmai csapatmunka 6,2 milliárd forint értékben, (2) a közösségi egészségszervezők által biztosított folyamatos szolgáltatási folyamatok 7,1 milliárd forint értékben, valamint (3) az egészségcoachok által támogatott szolgáltatásharmonizáció a páciensek igényeivel és saját aktivitásuk fokozása 6,7 milliárd forint értékben. A hatékonyságnövelés elsődleges forrása, hogy a páciensek életvitele jobban meg tud felelni az orvosi ismeretek szerinti optimális, az egészséget tartósan fenntartó viselkedésnek, jobban képesek beépíteni a változtatásokat a mindennapjaikba, ezáltal hatékonyabban tudnak úgy élni, hogy megelőzzék a cukorbetegség súlyos következményeként kialakuló jelentős szervkárosodásokat, amelyeket csak kórházban lehet megfelelően kezelni.

## Az egészségélmény

Az önértékelésen alapuló állapot-specifikus egészségműveltség 8,12-ről 8,31-re nőtt, 0,19 pontos szignifikáns javulást mutatva tízpontos skálán mérve ( $p = 0,05$ ).

Az önértékelésen alapuló állapot-specifikus önmenedzsment-képesség 7,87-ről 8,15-ra nőtt, 0,28 pontos szignifikáns javulást mutatva ( $p = 0,05$ ).

## Az ügyfélmény-változás

Háziorvosi vizit élménye ( $p = 0,05$ ):

emlékezetes pozitív	72,7%-ról	81,1%-ra,
emlékezetes negatív	3,6%-ról	8,1%-ra.

Praxisnővérrel való beszélgetés élménye ( $p = 0,01$ ):

emlékezetes pozitív	70,3%-ról	51,4%-ra,
emlékezetes negatív	9,5%-ról	5,4%-ra.

www.kaloriabazis.hu élménye ( $p = 0,01$ ):

emlékezetes pozitív	40,5%-ról	60,8%-ra,
emlékezetes negatív	9,5%-ról	1,4%-ra.

Diétás tanácsadás élménye ( $p = 0,001$ ):

emlékezetes pozitív	14,9%-ról	42,5%-ra,
emlékezetes negatív	2,7%-ról	15,1%-ra.

Online egészségportál élménye:

nem emlékezetes negatív	7%,
emlékezetes negatív	17%,
nem emlékezetes pozitív	26%,
emlékezetes pozitív	50%,

Online egészségtervező portál élménye:

nem emlékezetes negatív	12%,
emlékezetes negatív	15%,
nem emlékezetes pozitív	24%,
emlékezetes pozitív	49%.

Az online egészségtervező portál használói élménye a GfK használói élmény modellje szerint

Megtanulhatóság	Működtethetőség	Termékmegfelelőség	Stimuláció	Kinézet és érzet
3,86	3,65	3,54	3,66	3,76
Feladatközpontú minőség		Énközpontú minőség		Esztétikai minőség
3,76		3,60		3,76
Használói élmény				
3,71				

### Használói élmény

Online egészségtervező portál – 3,71.

A használói élmény összességében erős közepes szintet mutat, amelynek legerősebb eleme a megtanulhatósága és a leggyengébb a termék megfelelése az elvárt feladatok elvégzéséhez, az egyénközpontú személyes egészségterv elkészítéséhez. Mindez mutatja, hogy az alapvetően orvosszakmai tapasztalatokkal rendelkező programfejlesztők a funkcionális szempontoknak jobban meg tudtak felelni, mint az ügyfélközpontúság elvárásainak. A minőség szempontjából a feladatközpontú és az esztétikai minőség volt átlag feletti, míg az énközpontú átlag alatti. (1. táblázat)

### A háziorvosok gyógyítóélménye

A kiindulási 22,37 (74,6%) pontról 23,58 (78,6%) pontra nőtt a maximális 30 pontból, amely a szájreklám, a terápiahűség és a páciensek életminősége témába tartozó, összesen öt kérdésre adható.

### A megbeszélés

A kísérlet eredményei szerint a közösségi egészségélmény-modell az egyénközpontú és kokreációt megvalósító egészségügyi szolgáltatásokkal ígértes eredményekkel szolgált.

A cukorháztartás az igen rövidnek számító három hónapos követési idő alatt kedvező változást mutatott a bevont páciensek egyharmadánál. Az ennek alapján elvégzett gazdasági modellezés eredményei szerint az egyénközpontú lakóhely közeli egészségügyi szolgáltatások rendszere szerinti kezelés országos általános megvalósítása esetén évi húszmilliárd forint forrást lehetne átcsoportosítani a kórházi kezelésekről az alap-ellátásbeli szolgáltatásfejlesztésre és a kezelés minőségének javítására a bevezetést követő öt év elteltével.

A használatbeli érték az erre összpontosító koncepcióval és a megvalósítás során gondosan menedzselt kokreációs folyamatokkal minden vizsgált észlelt egészségérték-összetevőben javulást mutatott.

A páciensek egyenrangúvá tétele és nagykorúnak tekintése a vizsgálati rövid idő alatt is sikeresnek bizonyult mind az önértékeléssel mért egészségműveltség, mind az önmenedzselés képessége szignifikánsan javult. Mivel a megvalósított kokreációs program elsősorban az aktivitásokra összpontosított, az önmenedzsmint értéke nagyobb

javulást mutatott. Az önmenedzsmint elősegítése és a fogyasztók önálló kokreációs aktivitásának ösztönzése annyira sikeres volt, hogy a páciensek az együttműködést a program lezárultát követően is folytatták néhány esetben.

Az ügyfélélmény változása ugyancsak javulást mutatott, igaz eltérő mértékben és mintázattal. A háziorvosok az egyértelmű nyertesei az új szolgáltatásszervezési modellnek. Az emlékezetes pozitív vizitek aránya a változás nyomán meghaladta az összes vizit négyötödét, 12 százalékos javulást mutatva. Igaz, az emlékezetes negatív vizitek száma is nőtt, jelezve, hogy az orvosok hatása erősebb volt a konkrét páciensfeladatok megbeszélése nyomán. A szakmai csapatmunka és a többlétszolgáltatások, a páciensekre fordított több figyelem és gondoskodás megerősítette az orvosok elismertségét és kompetenciáját.

A cukorbetegség jellegzetességeinek köszönhetően az étrendi tanácsok értéke rendkívül nagy, így a többszöri diétás tanácsadás eredményeként a dietetikusokkal folytatott munka emlékezetessége megháromszorozódott. Mind a pozitív, mind a negatív emlékezetes tanácsadás aránya jelentősen megnőtt. Mindazok, akik saját aktivitásukat fontosnak tartották, pozitív véleménnyel voltak a tanácsadási folyamatról, míg akik inkább háritani akarták saját felelősségüket, negatívan élték meg az öntevékenység ösztönzését. Ehhez a változáshoz illeszkedik a kalóriabázis.hu értékelése is, amely a követés végére a páciensek közel kétharmadánál pozitív emlékezetes élményekkel szolgált 50%-os javulást mutatva, és negatív élmény alig volt. Mindez mutatja, hogy a különböző kompetenciák együttes, kiegészítő alkalmazása jelentősen képes javítani a használatbeli értéket. A diétás tanácsadás személyes konzultációjával együtt az online alkalmazás észlelt értéke jelentősen megnőtt.

A háziorvosok mellett dolgozó nővérek a megváltozott szolgáltatási környezetben új feladatokkal szembesültek. A tanácsadások nyomán nagyobb tájékozottságú, önállóbbá váló páciensek magasabb elvárásokkal és új kérdésekkel érkeztek a rendelőbe, amire a program alatt nem tudtuk megfelelően kiképezni a nővéreket. Ennek köszönhető, hogy a pozitív emlékezetes találkozások aránya jelentősen, 27%-kal csökkent. Igaz csökkent a negatív emlékezetes élmények aránya is.

A két vizsgált internetes portál alkalmazásának ügyfélélménye csaknem azonos volt a vizsgálat során. A nem emlékezetes interakciók aránya egyharmad volt (33% és 36%), és az emlékezetes negatív ennek mintegy fele (17%



és 15%). Az interakciók felerészben (49% és 50%) voltak emlékezetesen pozitívak, amely jó adatnak számít a kísérletben vizsgált más állapotokban mértekhez képest.

Ugyanakkor az online egészségtervező portál használói élménye konzisztensen közepesnek bizonyult, legrosszabb értéket a termékmegfelelésben mutatva és legjobbat a megtanulhatóság dimenziójában. A használói élmény a cukorbetegség számára szignifikánsan rosszabbnak bizonyult, mint a teljes vizsgált populáció számára, ami azt jelzi, hogy az általános kockázatfelmérési és életmód-tervezési szempontok ennek a pácienskörnek nem voltak kellően részletesek és informatívak.

A háziorvosok gyógyítóélménye ugyancsak javult. Részben annak köszönhetően, hogy a tudásuknak és szakmai elvárásainak megfelelő szolgáltatásokat tudtak biztosítani pácienseiknek, másrészt a páciensek megnövekedett egészségélménye hatására saját munkájuk is értékesebbé vált. A kísérlet rövid követési ideje alatt észlelt változás nyomán az orvosok úgy vélik, hogy a kiterjesztett alapellátási szolgáltatási kör és a pácienseiket a középpontba helyező szakmai csapatmunka hosszabb távon tovább javíthatja a munkával való elégedettségüket.

A vizsgálati eredmények szerint a javasolt közösségi egészségélmény-modell:

1. Ígéretes fogalmi keretrendszert biztosít az egészségkompetencia-hálóknak olyan rendszerére, amelynek középpontjában az egyén áll és a hálóban megvalósuló tevékenységek révén jön létre a használatbeli egészségérték.

2. Az egyén által használt egészségkompetenciák körét a teljes egészség-ökoszisztémára jellemző kompetenciákkal kell leírni, ami jóval több, mint az egészségügyben elérhető kompetenciák köre.

3. A teljes embert figyelembe vevő holisztikus szemléletet a modell szerinti kompetenciaháló az egészségélmény szempontrendszerének integrálásával és az erre jellemző mutatók alkalmazásával valósítja meg. A korábbi integrált egészségügyi rendszerekhez képesti elsődleges fejlesztést a teljes egészség-ökoszisztémára jellemző egészségélmények modellbe integrálása jelenti. A közösségi egészségélmény-modell ezáltal az egészségügyi rendszerek szemszögéből nézve egészségélmény-augmentációnak tekinthető.

4. Az egyén előtt álló és az általa észlelt egészségfeladatot az állapotfelmérés és az egyéni célállítást egészségtervben történő rögzítésével határozzuk meg, amit megtehet egyedül a saját ügyfélterében, vagy segítséggel a közös térben, esetleg a szolgáltatói térben kaphatja meg saját hozzájárulása nélkül. Az egyéni egészségterv tevékenységelemei és egészségcéljai az egészséggondozási értéklánc szerinti tevékenység-láncolatokból származnak, ilyen módon az egyéni egészségtervben szereplő egészségfeladat megfelel az egészséggondozási értéklánc jól meghatározott szakaszának. Az egészségcoach rendszerszinten harmonizációs feladatot lát el az orvostudományi bizonyítékokra alapozott értéklánc és az ügyfélközpontúságot képviselő egyéni egészségterv tevékenységsora között.

5. Az egészségfeladatnak megfelelő egészséggondozási értéklánc meghatározza az egészségérték-teremtés érdekében megvalósítandó tevékenységelemeket, valamint az azokhoz szükséges kompetenciákat, az ügyfélter,

a közös tér és a szolgáltatói tér mindegyikére. E kompetenciák együttműködésével kokreációban valósul meg az egészségérték-teremtéshez vezető szolgáltatói folyamat és ügyfélút.

6. Az egészségfeladatokhoz kapcsolódóan kialakított online és offline ügyfélterek, amelyekben a tranzakció fő drivere az egészségélmény, megnövelik a közös téren keresztül a szolgáltatói tér kiemelt kompetenciáihoz való csatlakozások számát és gyakoriságát az egyének részéről.

## Következtetések

A közösségi egészségélmény-modellnek megfelelő közösségi egészségterek egyénközpontú kompetenciahálózat szerinti szervezése mindegyik egészségteremtési térben előrelépést jelent a használatbeli érték elérésében. A szolgáltatói térben az egészségügyi szakmai ajánlások szerint leírt egészséggondozási értékláncoknak megfelelő kompetenciák hálózatok szervezése növeli mind az értékteremtés hatékonyságát, mind a gyógyítóélmény mértékét, növelve az egészségügyi dolgozók elégedettségét, valamint hozzájárul az ügyfelek elégedettségének növeléséhez. Emellett a kompetenciák hatásos alkalmazásának költsége is csökken, lehetővé téve, hogy a rendelkezésre álló forrásokat eddig hozzá nem férhető szolgáltatói térbeli, közös térbeli vagy ügyfélteret támogató kompetenciákra fordítsuk, ami tovább növeli a teljes megteremthető populációs egészségértéket.

A közös tér formális kialakításával lehetővé tesszük, hogy az egészségügyi szakmai ajánlások szerint szabályozott szolgáltatói folyamatok és az ügyfélterben az egyéni egészség-hiedelmek és egészségélmények hatására megvalósuló ügyfélutak egyes szakaszai közösen valósuljanak meg, illetve ezek eltérő logikával szervezett kompetenciái minél nagyobb mértékben összehangoltan, az egészségérték-teremtés irányába hatóan hasznosuljanak.

A teljes egészség-ökoszisztémát figyelembe véve a legnagyobb hasznosságkiesés az egészségügyön belüli és az azon kívüli kompetenciák ütközéséből, illetve egymást rontó hatásából fakad. Az orvosok oldaláról ez úgy jelenik meg, hogy a betegek tájékozatlanok és nem követik a javaslatokat, önfejük, mindenféle kuruzslásnak bedőlnek, míg az ügyfelek oldaláról úgy, hogy az orvos meg se hallgatja őket, csak gyógyszert hajlandó írni, és alig kapnak útmutatást arra, hogy a széles körben elérhető egészségügyön kívüli termékek és szolgáltatások közül melyek azok, amelyek hasznosak lehetnek nekik.

Az ügyfélter teljes kokreációs térhez történő integrálásával tesszük a legnagyobb lépést az egészségérték-teremtés jelentős fejlesztése irányába. Elfogadjuk, hogy a betegségek legnagyobb részében nem tudunk gyógyítani, és hogy az egészség mindenkinek elsősorban a saját felelőssége, ő tud tenni érte a legtöbbet. Ebben a saját közössége, szociális hálóját nyújtja számára a legnagyobb mértékű támogatást. Mindez a népegészségügyi feladatoknak tartott tevékenységeket tereli abba az irányba, hogy nem megváltoztatni kell az embereket, hanem sokkal inkább lehetőségeket, közösségi egészségtereket adni a saját változtatásuk megvalósítására. Mindebben az online terek tudatosabb és

a szolgáltatói térhez, valamint a közös térhez jobban, szeresebben kapcsolódó tervezése jelent előrelépést.

A modell fenntarthatóságának és országos szintű megvalósítása érdekében további vizsgálatok elvégzése lehet indokolt.

## Felhasznált irodalom

*Andreopoulos, S.* (2011): Crisis, Credibility and Institutional Change. October 14, 2011, Morgan Stanley, <http://www.morganstanley.com/views/gef/archive/2011/20111014-Fri.html>

*Åkerman, C. R. – Stowell, C.* (2015): Measuring Outcomes: The Key to Value-Based Health Care. Harvard Business Webinar, October 23, 2015

*Anderson, L. M. et al.* (2003): Culturally competent healthcare systems. American Journal of Preventive Medicine, April 2003, Volume 24, Issue 3, p. 68 – 79.

*Atun, R.* (2015): Transitioning health systems for multi-morbidity. The Lancet, Volume 386, Issue 9995, 22–28 August 2015, p. 721–722.

*Bacsikai, M. – Érsek, K. – Somfay, I.* (2015): A „TÁ-MOP-6.2.5-B-13/1-2014-0001 Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben – Területi együttműködés kialakítása” című projekt modellezéssel megvalósított hatásvizsgálata, 2015. november. ÁEEK

*Bengtsson, M. – Kock, S.* (2000): Coopetition in Business Networks: To Cooperate and Compete Simultaneously. Industrial Marketing Management, Vol. 29, p. 411–426.

*Brandenburger, A. – Nalebuff, B.* (1996): Co-Opetition: A Revolution Mindset that Combines Competition and Cooperation. New York: Bantam

*Calhoun, J. G. et al.* (2004): Competency identification and modeling in healthcare leadership. The Journal of Health Administration Education, 21(4), p. 419–440.

*Christopherson, G. A.* (2010): "Person-Centred" Rather Than "Patient-Centred" Health. [http://content.healthaffairs.org/content/29/8/1489.short/reply#healthaff\\_el\\_450117](http://content.healthaffairs.org/content/29/8/1489.short/reply#healthaff_el_450117), August 4, 2010

*Coleman, J.* (2017): Lifelong Learning Is Good for Your Health, Your Wallet, and Your Social Life. Harvard Business Review, February

*Congressional Budget Office* (2007): The Long-Term Outlook for Health Care Spending. Congressional Budget Office, Congress of The United States, November

*Dong, X. – Milholland, B. – Jan Vijg, J.* (2016): Evidence for a limit to human lifespan. Nature. doi:10.1038/nature19793, Published online 05 October 2016

*Doyle, C. – Lennox, L. – Bell, D.* (2013): A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. BMJ Open, Jan

*Forget, G. – Lebel, J.* (2001): An Ecosystem Approach to Human Health. International Journal of Occupational and Environmental Health, Supplement to Volume 7, Number 2, April/June 2001

*Gawande, A.* (2010): Medicine Needs a New Kind of Hero. Harvard Business Review, April

*Gerteis, M. – Edgman-Levitan, S. – Daley, J. – Delbanco, T. L.* (eds.) (1993): Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centred care. San Francisco, California: Jossey-Bass Publishers

*GfK* (2011, 2012): Egészséggazdasági Monitor, 2011. június és 2012. június

*GfK Healthcare* (2011): COPD care and self-care. Ethnographic research.

*GfK Hungária* (2010-2013): Egészségügyi BizalomIndex 2010-2013.

*GfK Roper* (2008): Asthma self-care. Ethnographic research.

*GfK Roper* (2011): Consulting Trend Key 3.0. Overview, Global Trends & High Impact Data. 2011 August

*Global Burden of Disease Study* (2015): Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015; GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators, and others The Lancet, Vol. 388, No. 10053 Published: October 08, 2016

*Glouberman, S. – Mintzberg, H.* (2001a): Managing the care of health and the cure of disease – Part I: Differentiation. Health Care Management Review, Winter 26(1), p. 56-69.

*Glouberman, S. – Mintzberg, H.* (2001b): Managing the care of health and the cure of disease – Part II: Integration. Health Care Management Review, Winter 26(1), p. 70-84.

*Grönroos, C. – Gummerus, J.* (2014): The service revolution and its marketing implications: service logic vs service-dominant logic. Managing Service Quality, (2014) Vol. 24 Iss: 3, p. 206–229.

*Håkansson, H. – Johanson, J.* (1992): A Model of Industrial Networks. In: Axelsson, B. – Easton, G. (eds.) (1992): Industrial Networks: A New View of Reality. London: Routledge, p. 28-34.

*Håkansson, H. – Snehota, I.* (eds.) (1995): Developing Relationships in Business Networks. London: International Thomson Business Press

*Håkansson, H.* (ed.) (2015): Industrial Technological Development (Routledge Revivals): A Network Approach. London: Routledge

*IBM* (2008): Adams J. – Bakalar, R. – Boroch, M. – Knecht, K. – Mounib, E. L. – Stuart, N. (2008): Healthcare 2015 and care delivery. Delivery models refined, competencies defined. IBM Institute for Business Value

*Jakka, S. – Roszbach, M.* (2013): An economic perspective on personalized medicine. The HUGO Journal, 7:1

*Kaiser, L. S. – Lee, T. H.* (2015): Turning Value-Based Health Care into a Real Business Model. Harvard Business Review. October

*Lantos, Z.* (1996): Gyógyszermarketing-kommunikáció az egészségügyi reformok tükrében. Egyetemi doktori értekezés. Budapest

*Lantos, Z. – Simon, J. – Bacsikai, I.* (2006): Gyógyszeripari márkázás. Pirulakatedra Füzetek, Budapest: Marketingpirula Kft.

- Lantos, Z.* (2014): Csak egészség legyen! – De hozzá milyen egészségügy? IME, XIII. évfolyam 4. szám, szeptember, p. 9-14.
- Lenney, P. – Easton, G.* (2009): Actors, resources, activities and commitments. *Industrial Marketing Management*, 38 (5), p. 553-561.
- Nefiodow, L. A.* (2006): The Sixth Kondratieff Wave: The Evolving Health Market. In: *Nefiodow, L. A. (2006): The sixth Kondratieff*. New York: Createspace Independent Publishing, p. 40-65.
- McDonald, P. A. – Mecklenburg, R. S. – Martin, L. A.* (2015): The employer-led health care revolution. *Harvard Business Review*, Jul-Aug, p. 33-50.
- Minarik, P. A.* (2005): Issue: Competence Assessment and Competency Assurance of Healthcare Professionals. *Clinical Nurse Specialist*, July/August, Vol. 19, Iss. 4, p. 180–183.
- NHS* (2015): Multispecialty community provider vanguards. <https://www.england.nhs.uk/ourwork/futurenhs/new-care-models/community-sites/>
- Ortiz-Ospina, E. – Roser, M.* (2016): Financing Healthcare. Published online at [OurWorldInData.org](http://OurWorldInData.org). Retrieved from: <https://ourworldindata.org/financing-healthcare/>
- Phillips, K. A. et al.* (2014): The economic value of personalized medicine tests: what we know and what we need to know. *Genetics in Medicine*, March, 16(3), p. 251–257.
- Porter, M. E. – Teisberg, E. O.* (2006): *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Cambridge, Mass.: Harvard Business School Press
- Porter, M. E.* (2010): What is value in health care? *New England Journal of Medicine*, 363, p. 2477-2481. DOI: 10.1056/NEJMp1011024.
- Puchalski, C. M.* (2001): The role of spirituality in health care. *Proc (Baylor University Medical Center)*, October, 14(4), p. 352–357.
- Reblin, M. – Uchino, B. N.* (2008): Social and Emotional Support and its Implication for Health. *Current Opinion in Psychiatry*, March, 21(2), p. 201–205.
- Simon J.* (2010): *Marketing az egészségügyben*. Budapest: Akadémiai Kiadó
- Soloheimo, M.* (2008): Conceptual model for defining roles and their interaction in business networks/Annals of University of Bucharest. *Economic and Administrative Series*, Nr. 2 (2008) p. 58-69.
- Sørensen, K.* (2013): Health literacy: a neglected European public health disparity. Dissertation, 2013. <http://digitalarchive.maastrichtuniversity.nl/fedora/get/guid:fec5580d-8b4e-4855-b023-a70b4d-8decba/ASSET1>
- TEREK* (2011): *Terápiás együttműködések rendszere*. Fehér Könyv. *Terápiás Együttműködésekért az Egészségügyben Közhasznú Egyesület*, 2011
- The Health Foundation* (2008): Co-creating Health. Briefing May 2008. The Health Foundation. [http://www.health.org.uk/public/cms/75/76/313/551/Co-creating\\_health\\_briefing\\_paper.pdf](http://www.health.org.uk/public/cms/75/76/313/551/Co-creating_health_briefing_paper.pdf).
- Vargo, S. L. – Lusch, R. F.* (2004): Evolving to a New Dominant Logic for Marketing. *Journal of Marketing*, Vol. 68 (January), p. 1–17.
- Vargo, S. L. – Lusch, R. F.* (2011): It's all B2B... and beyond. Toward a system perspective of the market. *Industrial Marketing Management*, 40(2), p. 181-187.
- WHO* (2012): *Intersectoral Governance for Health in All Policies*. WHO